

4. Николаева, Е.П. Осложненные риносинуситы у детей грудного и раннего детского возраста / Е.П. Николаева, Е.В. Гаршина // Рос. ринология. – 2012. – Т. 20, № 2. – С. 18–19.

5. Кубанова, А.А. Анализ орбитальных риносинусогенных осложнений у детей по данным ЛОР-клиники Карачаево-Черкесской Республиканской клинической больницы / А.А. Кубанова // Рос. ринология. – 2011. – Т. 19, № 2. – С. 67–68.

6. Особенности клиники целлюлита и субпериостального абсцесса орбиты у детей / Г.М. Хакимова [и др.] // Актуальные проблемы офтальмологии : сб. науч. работ IV Всерос. науч. конф. молодых ученых ; под ред. Х.П. Тахчиди. – М., 2009. – С. 69–70.

**УДК 616.322-08:618.7.069.24**

## **ЛАЗЕРНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА НЕБНЫЕ МИНДАЛИНЫ ПРИ ИХ ГИПЕРТРОФИИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

*Куницкий В.С.,<sup>1</sup> Якимцова А.В.<sup>2</sup>*

УО «Витебский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>

УЗ «Витебский областной детский клинический центр»<sup>2</sup>

**Введение.** Входя в состав лимфоэпителиального глоточного кольца Вальдейера-Пирогова, небные миндалины являются иммунным органом [3]. Гипертрофия небных миндалин чаще встречается у лиц детского возраста. В настоящее время гипертрофию небных миндалин рассматривают как иммунореактивное состояние, связанное с мобилизацией компенсаторных возможностей лимфоидного кольца глотки при адаптации организма к постоянно меняющимся условиям жизни [7]. Распространенность гипертрофии небных миндалин варьирует от 5 % до 87 %, преимущественно в возрасте от 3 до 8 лет [2, 6]. Гипертрофия небных миндалин приводит к снижению качества жизни пациента, вызывая дисфагию, затруднение дыхания, синдром обструктивного апноэ сна [2, 7]. Консервативное лечение включает использование вяжущих, прижигающих средств, орошение и полоскание раствором танина, смазывание раствором Люголя, мирамистина, йодинола, азотнокислого серебра и рекомендуется детям с первой степенью гипертрофии и отказе родителей от предлагаемого хирургического лечения.

При гипертрофии небных миндалин второй и третьей степени рекомендуют хирургическое лечение. Тонзиллотомия показана детям не старше 6 лет при гипертрофии небных миндалин, более старшим детям проводится консервативная терапия или выполняется тонзиллэктомия. Во многих странах Запада и США при гиперплазии небных миндалин детям старше 3-х лет, проявляющейся дисфагией и затруднением дыхания рекомендуют выполнение тонзиллэктомии [1]. Тонзиллэктомия показана также, когда гипертрофия небных миндалин сочетается с их поражением хроническим воспалительным процессом [6].

Кроме истинно хирургических методов в практическом здравоохранении широкое распространение нашли методы воздействия на лимфоидную ткань различных физических факторов: лазерная хирургия лимфоидно-глоточного кольца полупроводниковым лазером, СО<sub>2</sub> лазером, при которой ткань небной миндалины иссекается или коагулируется и радиочастотной деструкции, что позволяет сохранить иммунную функцию небных миндалин у детей [4, 5].

В связи с вышеизложенным перед практическим здравоохранением стоит задача поиска безопасных органосохраняющих методов хирургического лечения детей различных возрастных групп с гипертрофией небных миндалин.

**Цель.** Изучить характер послеоперационных изменений небных миндалин после их фотокоагуляции.

**Материал и методы.** В период с 2015 по 2017 год на базе оториноларингологического отделения Витебской детской областной больницы УЗ «Витебский областной детский клинический центр» прооперировано 29 детей в возрасте от 7 до 18 лет с гипертрофией небных миндалин методом лазерной фотокоагуляции небных миндалин. Вмешательство проводилось при помощи аппарата лазерного медицинского «Медиола компакт» (диодно-волоконный лазер), используемая длина волны – 1,56 мкм, мощность - 6 Вт, 180,0 Дж в непрерывном режиме. Лазерное воздействие производилось путем соприкосновения со слизистой оболочкой небной миндалины. Точки лазерного воздействия располагались в шахматном порядке между устьями лакун небных миндалин, расстояние между точками около 2 - 3 мм, что позволяло избежать рубцевания лакун в послеоперационном периоде

**Результаты и их обсуждение.** У 29 пациентов лазерная фотокоагуляция небных миндалин проводилась под местной аппликационной анестезией, после предварительного исключения непереносимости местных анестетиков. В качестве местного анестетика применяли 10% раствор лидокаина гидрохлорида.

Из 29 пациентов методом лазерной фотокоагуляции небных миндалин прооперированы 15 (51,7%) мальчиков и 14 (48,3%) девочек ( $p>0.05$ ). Возрастные данные представлены в таблице.

У всех пациентов у которых был применен метод лазерной фотокоагуляции небных миндалин послеоперационный период отличался благоприятным течением. Болевой синдром был малой степени выраженности и не требовал медикаментозной коррекции. Нами не отмечены послеоперационные кровотечения в раннем и позднем послеоперационном периоде в 100% случаев. При динамическом наблюдении в сроки от 3 до 6 месяцев отмечено уменьшение размера небных миндалин с 2-3 до 1-2 степени.

Таблица  
*Распределение по возрастным группам пациентов, которым проводилось вмешательство только на небных миндалинах (29 человек)*

Возраст пациентов	Количество прооперированных
7-9 лет	10 (34.5%)
10-13 лет	9 (31.0%)
14-16 лет	7 (24,1%)
16-18	3 (10.4%)

## **Выводы.**

Метод лазерной фотокоагуляции небных миндалин при их гипертрофии отличается хорошей переносимостью пациентами и отсутствием осложнений.

## **Литература:**

1. Efficacy of tonsillectomy for pediatric patients with dysphagia and tonsillar hypertrophy / D. Clayburgh [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2011. – Vol. 137, № 12. – P. 1197–1202.
2. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: национальное руководство / под ред. М.Р. Богомилского, В.Р. Чистяковой. – М., 2008. – 736 с.
3. Сапин, М.Р. Иммунная система человека / М.Р. Сапин, Л.Е. Этинген – М., 2001. – 304с.

4. Лазеры в оториноларингологии / А.И. Крюков [и др.] // Вестн. оториноларингологии. – 2016. – № 6. – С. 62–66.
5. Выбор параметров лазерного воздействия в хирургии ЛОР органов / С.А. Карпищенко [и др.] // Вестн. оториноларингологии. – 2016. – № 4. – С. 14–18.
6. Болезни уха, горла и носа / Х. Бербом [и др.] ; пер. с англ. – М., 2012. – 776 с.
7. Буцель, А.Ч. Гипертрофия лимфоэпителиального кольца глотки / А.Ч. Буцель, И.В. Долина. – Минск : БГМУ, 2011. – 14 с.

**УДК 618.19-006**

## **О ВОЗМОЖНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТРАСТУЗУМАБА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Луд А.Н.<sup>1</sup>, Луд Л.Н.<sup>2</sup>*

ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина МЗ РФ<sup>1</sup>  
УО «Витебский государственный медицинский университет»<sup>2</sup>

Метастатический рак молочной железы (мРМЖ) с гиперэкспрессией HER-2/neu относится к прогностически неблагоприятному подтипу и встречается в 15-25% случаев. Внедрение в клиническую практику трастузумаба и других таргетных препаратов улучшило прогноз при HER2-позитивном РМЖ. К сожалению, у значительной доли пациентов дальнейшее прогрессирование заболевания на фоне химиотерапии первой линии в комбинации с трастузумабом происходит в период от 12 до 24 месяцев. Тем не менее, в части случаев удается добиться длительной ремиссии после завершения химиотерапии на фоне поддерживающей терапии трастузумабом. Открытым остается вопрос о длительности этой терапии в случае ремиссии 2 года и более. Ввиду единичности случаев длительной ремиссии, проведение крупных исследований затруднительно, и выводы основываются на небольших исследованиях или клинических случаях. Большинство авторов поддерживают проведение непрерывной анти-HER2 терапии до развития клинически значимой токсичности или дальнейшего прогрессирования заболевания, что рекомендуют и ведущие онкологические организации (European Society for Medical Oncology, American Society of Clinical Oncology). Эта рекомендация основана на данных, согласно которым дальнейшее прогрессирование заболевания происходило вскоре после завершения поддерживающей терапии трастузумабом даже в случае 2-3-летней ремиссии [1, 2, 3]. Более того, некоторые крупные онкологические клиники [4] рекомендуют продолжать поддерживающую терапию трастузумабом 5 лет и более. Самая длительная ремиссия на фоне поддерживающей терапии трастузумабом была описана в 2014-15 годах в двух клинических случаях: 8 [5] и 9 лет [6]. Однако эффективность такого подхода остается неясной.

В нашей практике 4 пациента с HER2-позитивным мРМЖ, получивших химиотерапию первой линии в комбинации с трастузумабом, имели ремиссию заболевания 7 лет и более на фоне поддерживающей терапии трастузумабом (в 1 из 4 случаев применялась комбинация препаратов – трастузумаб/пертузумаб). Ниже приводим описание 2 из 4 клинических случаев.

Пациентка Б., 1951 года рождения. Диагноз: рак левой молочной железы T2N2M0, IIIa стадия. 07.02.2006 года выполнена радикальная мастэктомия по Маддену. Гистологическое заключение – инфильтративный протоковый рак 2 степени злокачественности, в 4 из 9 лимфатических узлов – метастазы рака аналогичного